

宇城市産婦健康診査受診票（産後2週間頃・産後1か月頃）

産婦記入欄

- ・この受診票1枚につき1回、産婦健康診査を受診できます。検査内容は、「問診、診察、体重・血圧測定、尿検査、こころの健康チェック」です。（上記以外の検査、治療、投薬等については公費負担対象外です。）
- ・実施時期は、産後2週間頃と1か月頃です。使用できるのは出産後8週間以内です。この時期を超えると使用できません。（特別な事情がある場合を除く。）
- ・受診日に宇城市内に住民票がある方のみ、この受診票が使用できます。宇城市外に転出された場合は使用できません。
- ・この健康診査の結果は宇城市に通知されます。必要に応じてご連絡をさせていただくことがあります。

受診当日までに太枠内をご記入ください。

フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）
産婦氏名		連絡先	
住所	宇城市	出産日	年 月 日
		1か月児健診の同時受診（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ）	

■当てはまる項目に○を付けてください。

- ・授乳方法は何ですか。 （ 母乳 ・ 混合栄養 ・ 人工栄養 ）
- ・育児を手伝ってくれる人はいますか。 （ 夫 ・ 実母 ・ 夫の母 ・ その他（ ） ・ いない ）
- ・からだの調子はいかがですか。
（ 眠れない ・ 食欲がない ・ 疲れやすい ・ その他（ ） ）
- ・これまでに病気にかかったことがありますか。
（ なし ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 精神疾患（ ） ・ その他（ ） ）
- ・薬による治療を受けていましたか。もしくは受けていますか。 （ はい（薬の名前 ） ・ いいえ ）
- ・子育てで困っていることはありますか。
（ なし ・ 赤ちゃんのこと ・ 夫のこと ・ 自分自身のこと ・ 経済的なこと ・ その他（ ） ）

**■産後の気分についておたずねします。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。
今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じられたことに最も近い答えに○をつけてください。**

- | | |
|--|--|
| <p>①笑うことができたし、物事のおかしい面もわかった。</p> <p>（ ）いつもと同様にできた
（ ）あまりできなかった
（ ）明らかにできなかった
（ ）全くできなかった</p> <p>②物事を楽しみにして待った。</p> <p>（ ）いつもと同様にできた
（ ）あまりできなかった
（ ）明らかにできなかった
（ ）全くできなかった</p> <p>③物事がうまくいかなかった時、自分を不必要に責めた。</p> <p>（ ）はい、たいていそうであった
（ ）はい、時々そうであった
（ ）いいえ、あまりたびたびではない
（ ）いいえ、そうではなかった</p> <p>④はっきりとした理由もないのに不安になったり、心配した。</p> <p>（ ）いいえ、そうではなかった
（ ）ほとんどそうではなかった
（ ）はい、時々あった
（ ）はい、しょっちゅうあった</p> <p>⑤はっきりとした理由もないのに恐怖に襲われた。</p> <p>（ ）はい、しょっちゅうあった
（ ）はい、時々あった
（ ）いいえ、めったになかった
（ ）いいえ、全くなかった</p> | <p>⑥することがたくさんあって大変だった。</p> <p>（ ）はい、たいてい対処できなかった
（ ）はい、いつものようにはうまく対処しなかった
（ ）いいえ、たいていうまく対処した
（ ）いいえ、普段通りに対処した</p> <p>⑦不幸せな気分なので、眠りにくかった。</p> <p>（ ）はい、ほとんどいつもそうだった
（ ）はい、時々そうであった
（ ）いいえ、あまり度々ではなかった
（ ）いいえ、全くなかった</p> <p>⑧悲しくなったり、惨めになった。</p> <p>（ ）はい、たいていそうだった
（ ）はい、かなりしばしばそうだった
（ ）いいえ、あまり度々ではなかった
（ ）いいえ、全くそうではなかった</p> <p>⑨不幸せなので、泣けてきた。</p> <p>（ ）はい、たいていそうだった
（ ）はい、かなりしばしばそうだった
（ ）ほんの時々あった
（ ）いいえ、全くそうではなかった</p> <p>⑩自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。</p> <p>（ ）はい、かなりしばしばそうだった
（ ）時々そうだった
（ ）めったになかった
（ ）全くなかった</p> |
|--|--|

宇城市産婦健康診査受診票

医療機関記入欄

実施医療機関長 様

裏面妊婦について下記の健康診査を依頼します。

宇城市長

当てはまる項目の□に✓印を入れ、必要事項を記入してください。

受診日	令和	年	月	日		(産後		日目)	
診察所見	1 計測結果								
	体重		kg		血圧		/		
	尿検査								
糖		(<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++)	
蛋白		(<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++)	
2 問診結果									
支援者がいるか		(<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	精神疾患の既往		(<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
休養がとれているか		(<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> うつ病		<input type="checkbox"/> 統合失調症		
育児不安があるか		(<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> パニック障害		<input type="checkbox"/> その他 ()		
						服薬		(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
3 診察結果									
子宮復古		(<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 否					
乳房の状態		(<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 否					
悪露		(<input type="checkbox"/> 正	<input type="checkbox"/> 否					
EPDS		() 点	<input type="checkbox"/> EPDS 質問10 1点以上			
産婦への指導事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 産婦人科へ相談 <input type="checkbox"/> 市町村の保健師に相談 <input type="checkbox"/> 精神科受診 <input type="checkbox"/> 他科・他院紹介 (紹介先:) <input type="checkbox"/> その他 ()								
市町村への指示	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 産婦人科で対応 <input type="checkbox"/> 市町村から対象者への電話指導を希望 <input type="checkbox"/> 市町村から対象者への訪問指導を希望 <input type="checkbox"/> その他 ()								
<p>上記のとおり産婦健康診査を実施しました。</p> <p>医療機関名称</p> <p>所在地</p> <p>医師名</p> <p style="text-align: right;">宇城市長 様</p>									